

CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI

FRE

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES

REV.01

MIелоGRAMA

PÁG 1/1

## DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

## MÉDICO SOLICITANTE

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: (     ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DE COLETA DA AMOSTRA

Data de coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Coletador: \_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE (CAMPO OBRIGATÓRIO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Está em tratamento quimioterápico?  Não  Sim

Já realizou Quimioterapia?  Não  Sim

Uso de medicamento(s):  Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Esplenomegalia  Não  Sim

Linfonodos  Não  Sim

Hb: \_\_\_\_\_ Leucócitos: \_\_\_\_\_ Neutrófilos: \_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_

Monócitos: \_\_\_\_\_ Blastos: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_

## INDICAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME (CAMPO OBRIGATÓRIO)

Hipótese Diagnóstica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÃO

- Este formulário deverá ser preenchido preferencialmente pelo médico solicitante.
- É obrigatório o envio do pedido médico junto ao formulário e a amostra.
- É obrigatório o envio do laudo de hemograma REALIZADO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico

"A AUSÊNCIA DE DADOS PODE COMPROMETER A CONCLUSÃO DO EXAME E SERÁ CITADA NO LAUDO"